



فرم ادعای سابقه

شعبه:

شماره:

تاریخ:

فرم شماره یک

الف - مشخصات هویتی

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: شماره بیمه/مستمری:

نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد: / / ۱۳ شماره ملی: سری و سریال شناسنامه:

ب - وضعیت فعلی

بیمه شده ، مستمری بگیر ، مقرری بگیر بیکاری ، متوفی : تاریخ فوت: / / ۱۳ علت فوت: ، مشمول سایر صندوقها
 از کار افتاده کلی : تاریخ حادثه یا شروع بیماری: / / ۱۳ ناشی از کار غیر ناشی از کار سایر : ذکر شود:

ج - مدعی اشتغال

خود شخص وکیل قانونی : نام و نام خانوادگی: تلفن:

وارث قانونی : نام و نام خانوادگی: نسبت: شماره انحصار وراثت / وکالتنامه:

د - دوره های مورد ادعا در کارگاه

نام کارگاه: کد کارگاه: نام کارفرما:

نوع فعالیت: شخصیت: حقیقی حقوقی ، شغل: کارگاه دائر می باشد: بلی خیر

نشانی کارگاه: تلفن کارگاه:

1- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود ، مراتب مورد تأیید نمی باشد ، می باشد.
کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.

2- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود ، مراتب مورد تأیید نمی باشد ، می باشد.
کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.

3- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود ، مراتب مورد تأیید نمی باشد ، می باشد.
کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.

نام ، مهر و امضای کارفرما

ه - اطلاعات هویتی سایر کارکنان کارگاه

نام	نام خانوادگی	شغل

و - مدارک و مستندات

۱-	۲-	۳-	و ...
----	----	----	-------

نشانی محل سکونت مدعی: تلفن: اثر انگشت و امضاء مدعی

ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی: هر کس به اسناد و گواهیهای خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلیدی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد ، به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارت وارده به سازمان و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از شصت و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.